

Vaccine <i>Vacuna</i>	Vaccine Type* (See other side) <i>Tipo de Vacuna*</i> (<i>Vea el otro lado</i>)	Dose <i>Dosis</i>	Date Given <i>Fecha de Vacuna</i>	Doctor or Clinic <i>Médico o Clínica</i>	Date Next Due <i>Próxima Vacuna</i>
			Month, Date, Year <i>Mes, Día, Año</i>		
DTaP (Diphtheria, Tetanus, Pertussis) <i>Difteria, Tétanos, Tos ferina</i> or DTP, DT, DTP/Hib		1 (2 mos)			
		2 (4 mos)			
		3 (6 mos)			
		4 (15-18 mos)			
		5 (4-6 yrs)			
Hib (Haemophilus influenzae type b) <i>Haemophilus influenzae tipo b</i>		1 (2 mos)			
		2 (4 mos)			
		3 (6 mos)			
		4 (12-15 mos)			
Polio (OPV or IPV) <i>Poliomyelitis</i> (<i>OPV o IPV</i>)		1 (2 mos)			
		2 (4 mos)			
		3 (6-18 mos)			
		4 (4-6 yrs)			
Measles, Mumps, Rubella <i>Sarampión, Paperas, Rubéola</i>		1 (12-15 mos)			
		2 (4-6 yrs)			
Hepatitis A (See other side) <i>Hepatitis tipo A</i> (<i>Vea el otro lado</i>)		1 (12-15 mos)			
		2			
Hepatitis B <i>Hepatitis tipo B</i>		1 (birth)			
		2 (1 mo)			
		3 (6 mos)			
Varicella (Chickenpox) (See other side) <i>Varicela (Vea el otro lado)</i>		1(12-18 mos)			
		2 (4-6 yrs)			
Rotavirus		1 (2 mos)			
		2 (4 mos)			
		3 (6 mos)			
Human Papillomavirus (HPV) (Females 9-26 years) <i>Virus del Papiloma Humano</i> (<i>Mujeres 9-26 años</i>)		1			
		2			
		3			
Tdap (Tetanus, Diphtheria, Pertussis) or Td (Tetanus, Diphtheria) Every 10 years <i>Tétanos, Difteria, Tos ferina</i> <i>o Tétanos, Difteria</i> <i>Cada diez años</i>		1			
		2			
		3			
		4			
Pneumococcal (PCV) or (PPV) (See other side) <i>Neumocócica</i> (<i>PCV</i>) o (<i>PPV</i>) (<i>Vea el otro lado</i>)		1			
		2			
		3			
		4			
Influenza (yearly) <i>Influenza/Gripe</i> (<i>anualmente</i>)		1			
		2			
Meningococcal/ <i>Meningocócica</i>		1			
Herpes Zoster		1			
HBIG (as needed)		birth			

Other* <i>Otro*</i>	Dose <i>Dosis</i>	Date Given/ <i>Fecha De Vacuna</i> Month/Day/Year <i>Mes/Día/Año</i>	Doctor or Clinic <i>Médico or Clínica</i>	Date Due/ <i>Próxima Vacuna</i> Month/Day/Year <i>Mes/Día/Año</i>

*Use this section to record travel and other vaccinations. Consult with a travel vaccine specialist to determine which travel vaccinations you may need BEFORE traveling.

*Use esta sección para registrar las vacunas para viajar y otras vacunas adicionales. Consulte con un especialista de vacunas de viaje para determinar qué vacunas necesita ANTES de viajar.

VACCINE INFORMATION

*Indicate vaccine type given (DTaP, DTP, Tdap, Td, IPV, OPV, PCV, PPV).
*Indique tipo de vacuna dado (DTaP, DTP, Tdap, Td, IPV, OPV, PCV, PPV).

Hepatitis A - Two doses of the hepatitis A vaccine are recommended for all children beginning at one year of age.

The two doses in the series should be administered at least six months apart.
Hepatitis A - Dos dosis de la vacuna hepatitis A son recomendadas para todos los niños comenzando con 1 año de edad. Las dos dosis en la serie deben ser administradas por lo menos de 6 meses aparte.

Pneumococcal Conjugate (PCV) or Pneumococcal Polysaccharide (PPV) - PCV is recommended for all children 2-59 months of age and is usually given at 2, 4, 6 and 12-15 months of age. PPV is recommended for certain high risk groups.

Neumocócico Conjugate (PCV) o Neumocócico Polisacárido (PPV) - La vacuna PCV es recomendado para todos los niños 2-59 meses de edad y usualmente se la dan a los 2, 4, 6 y 12-15 meses de edad. La vacuna es PPV recomendada para ciertos grupos con alto riesgo.

Varicella (Chickenpox) - One dose of the chickenpox vaccine is recommended at 12 months of age. A second dose is recommended at 4-6 years of age.

Varicela - Una dosis de la vacuna de varicela es recomendada a los 12 meses de edad. Una segunda dosis es

ATTENTION PARENTS/GUARDIANS

- Children enrolling in schools, child care facilities, and Head Start Centers in Utah must present proof of adequate immunizations or proper exemption at registration.
- This is your personal record of immunizations. Keep it with your other important documents.

- Present this card each time you visit your doctor or clinic.

KEEP THIS CARD TO TRACK YOUR IMMUNIZATIONS FOR LIFE

ATENCIÓN PADRES Y TUTORES LEGALES

- Niños matriculados en escuelas, lugares de cuidado diario de niños y "Head Start Centers" en Utah deben presentar prueba de una adecuada inmunización o de la exención apropiada en la registración.
- Este es su tarjeta personal de inmunizaciones. Guárdelo con otros documentos que son importantes.

- Presente esta tarjeta cada vez que visite su doctor o su clínica.

Guarde esta tarjeta para seguir sus inmunizaciones por toda su vida.

Rev. 11/09

**PERSONAL IMMUNIZATION RECORD
REGISTRO PERSONAL DE INMUNIZACION**

IMMUNIZATION HOTLINE 1-800-275-0659

WWW.IMMUNIZE-UTAH.ORG

Name/Nombre y apellido _____

Date of Birth/Fecha de nacimiento _____

Address/Dirección _____

City/Ciudad _____ State/Estado _____ Zip Code/Código Postal _____

Allergies/Vaccine Reactions _____

Allergias/Reacciones adversas a las vacunas _____

This document may not be used to establish identity or as identification.
Este documento podría no ser usado para establecer la identidad o como una identificación.

